

DECLARACIÓN QUE APOYA EL ACUERDO DE REDENCIÓN

Michigan Department of Consumer & Industry Services
Bureau of Workers' & Unemployment Compensation/Board of Magistrates
P.O. Box 30016, Lansing MI 48909
Departamento de Michigan de Servicios de Consumidor e Industria
Compensación de la Incapacidad de Trabajadores/Tribunal de Magistrados
P.O. Box 30016, Lansing MI 48909

Demandante

_____ Condado

Demandado

Yo, _____, el demandante en este Pleito contra
_____, el demandado,

Afirman que las siguientes frases son ciertas:

1. Mientras que estaba empleado por _____, el demandado, yo estaba herido/a en _____ (la fecha).
2. He sido ofrecido la suma de \$ _____ para satisfacer mi compensación de trabajadores, beneficios semanales y médicos y también es posible que reciba rehabilitación.
3. Entiendo que al aceptar esta cantidad de dinero que estoy renunciando todos los derechos para compensación de trabajadores que tengo contra este demandado y su compañía de seguros.
4. He entrado voluntariamente en el acuerdo de redención.
5. Si he enviado una solicitud para una mediación o una vista bajo la acta de compensación para la incapacidad de trabajadores, la solicitud alega una condición que merece una indemnización.
6. Mi abogado me ha explicado los derechos que tengo bajo la acta de compensación para la incapacidad de trabajadores y entiendo que este acuerdo de redención, si aprobado por el magistrado, extinguirá todos los derechos.
7. He revelado a mi abogado todos los otros beneficios que estoy recibiendo o los que tengo el derecho de recibir y me ha sido explicado el resultado, si hay uno, que el acuerdo de redención puede tener en los otros beneficios. Esos beneficios son: _____

8. He revelado enteramente a mi abogado el tipo y la importancia de las heridas y/o incapacidades que he sufrido durante mi empleo con el demandado. Las heridas y/o incapacidades son: _____

(otro lado)

9. He revelado mi edad a mi abogado o el magistrado y he recibido aviso de la posible esperanza de vida de una persona de mi edad. Tengo _____ años. Mi esperanza de vida es de _____ años.
10. (sí yo tengo) (no tengo) seguro médico, seguro de incapacidad física u otro seguro relacionado. Los cubiertos de seguro que tengo son: _____
11. Mi estado civil es: _____. Tengo _____ dependientes.
12. He avisado a mi abogado, que yo sepa, de cualquier otra persona o entidad que tenga derecho a los beneficios del acuerdo de redención. La persona que tiene tal derecho es: _____
13. Mis gastos cada mes son: _____
14. Mis intenciones para el uso de las cantidades de dinero recibidas como un resultado del acuerdo de redención son: _____
15. La cantidad de beneficios de compensación que he recibido del demandado o su compañía de seguro como un resultado de mis heridas alegadas es: _____.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firma del demandante

Firmado y bajo juramento de yo mismo/a en el _____ en el
condado de _____ de Michigan.

La fecha

Mi comisión expira _____.

Notario

Autoridad:	La Acta de Compensación de la Incapacidad de Trabajadores, 418.836
Completar la declaración:	Mandatario
Penalidad:	La redención no será vista